Ueber

„Carcinom und Schwangerschaft“.

Mit einer Zusammenstellung von 39 Fällen,
gesammelt aus den gynäkologischen und Geburtsjournalen
der Kgl. Universitäts-Frauenklinik zu München.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

Medizin, Chirurgie und Geburtshilfe

einer

Hohen Medizinischen Fakultät

der

Universität Leipzig

vorgelegt von

Georg Friedrich Frey

approb. Arzt

Breslau.

Breslau 1910.

Druck von Th. Schatzky G. m. b. H., Breslau, Neue Graupenstrasse 5.

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
zu Leipzig. 31. Januar 1910.

Referent: Herr Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Zweifel.

Meiner Frau Lisbeth

zugeeignet.

Von den zahlreichen Arbeiten, die in den letzten vierzig Jahren über das Zusammentreffen von Krebs der Gebärmutter und Schwangerschaft erschienen sind, erwecken drei, marksteingleich hervorragend, das besondere Interesse: Die Arbeit von Cohnheim im „Archiv für Gynäkologie" 1873, Bd. V, von Olshausen in der „Zeitschrift für Geb. und Gynäk." 1897, Band 37, und endlich die letzte und umfangreichste von Sarwey in Veits „Handbuch der Gynäkologie" 1908, Band III[2]. In ihnen kristallisiert sich zu festen Anschauungen und Grundsätzen, was in zahlreichen mühevollen und eingehenden Untersuchungen und Einzelarbeiten gefunden wurde, und was das rastlos fortschreitende, immer kühnere, aber stets kritische und darum erfolgreiche Suchen unserer berufenen Operateure nach Operationsmethoden errungen hat, die es ermöglichen sollen, wenigstens eines von den zwei Menschenleben zu retten, die durch das unheilvolle Zusammentreffen von Gebärmutterkrebs und Schwangerschaft mit Vernichtung bedroht sind, wenn möglich aber beide.

Bedeuteten Cohnheim und Olshausen Etappen, so scheint in Sarweys Arbeit die Endstation auf dem langen Wege der Entwicklung der den Gebärmutterkrebs angreifenden Operationsmethoden gegeben. Mit der allgemeinen Anerkennung, die die Anwendung der abdominalen Exstirpation des Uterus nach Wertheim und der abdominale Kaiserschnitt mit anschliessender Totalexstirpation nach Wertheim gefunden hat, gibt es in operationstechnischer Beziehung kein „Weiter" mehr. Nur von der Entwicklung der Kunstfertigkeit des Einzeloperateurs und der damit verbundenen Einschränkung der

Zahl der „inoperablen“ Fälle ist ein Fortschritt in bezug auf die Anzahl der erfolgreichen Operationen zu erwarten.

„Eins wenigstens von den zwei bedrohten Menschenleben zu retten, wenn möglich aber beide“, das ist nicht nur der Wunsch, sondern die klare Pflicht des Arztes, an den die erkrankte und bedrohte Mutter sich wendet. Will er diesem Standpunkte gerecht werden, so ergeben sich nur bestimmte Möglichkeiten für sein ferneres Handeln.

1. Bezüglich der operablen Mutter: möglichst sofort operieren; wobei in zweifelhaften Fällen, was Operabilität anbetrifft, das Unterlassen der Probelaparatomie als ein Fehler zu erachten ist.

2. Bezüglich der Frucht: a) Es ist die Frucht zu opfern, sofern sie noch nicht lebensfähig, die Mutter aber operabel ist (vorausgesetzt, dass sie nicht etwa selbst sich opfern will, um, wenn möglich, einem Kinde das Leben zu schenken). b) Abdominaler Kaiserschnitt und anschliessend Totalexstirpation nach Wertheim ist anzuwenden, sofern das Kind schon lebensfähig ist und die Mutter operabel. c) Abdominaler Kaiserschnitt und, als „Palliativoperation“, in weitester Ausdehnung Totalexstirpation nach Wertheim, soweit es die Verhältnisse irgendwie erlauben, bei lebensfähigem Kinde und schon inoperabel gewordener Mutter.

Da es Regel ist, dass ein Carcinom durch die Schwangerschaft in seinem Wachstum erheblich angeregt wird, und wie Zweifel nachwies, in wenigen Tagen weit auf die Umgebung übergreifen kann, sodass in kurzer Zeit auch die Mutter eventuell inoperabel werden kann, also gleichfalls verloren geht, so gibt es keine andere Wahl, als die noch nicht lebensfähige Frucht zu opfern, um wenigstens die Mutter zu retten, und durch abdominale Totalexstirpation das kranke Organ zu entfernen. — Ist das Kind lebensfähig, so wird es durch den Kaiserschnitt den Schwierigkeiten enthoben, die es notgedrungen überwinden muss, und die vielfach sein Leben bedrohen, will es per vias naturales das Licht der Welt

erblicken. Wie aus den weiterhin zusammengestellten Krankengeschichtenauszügen hervorgeht, neigt die Frucht dazu, gegen das Ende der Schwangerschaft, aber auch schon früher, abzusterben; die Geburtsdauer wird in erheblichem Masse verlängert; Zange, Wendung, Perforation müssen angewendet werden, um die Frucht die durch den Krebs erheblich veränderten Geburtswege passieren zu lassen (vergl. auch Tabelle). Selbst bei Frühgeburt werden durch Fortfall einer Anzahl schädigender Momente seine Chancen betr. Erhaltung bessere.

Komplizierter sind die Fragen bei der Mutter. Schier zahllos sind die Versuche, dem Krebs auf unblutige Weise beizukommen, und ihn zu vernichten, die in Frommes Arbeit, „Die palliative Behandlung des inoperablen Carcinoms" (Veits Handb. d. Gyn. 1908, III[2]) zusammengestellt sind. Auch die dort angeführten Versuche, durch Injektion artfremden Blutes in die Umgebung der Geschwulst eine reaktive Wucherung im Nachbargewebe hervorzurufen, sie abzuschliessen und die gegen Schädlichkeiten verhältnismässig wenig widerstandsfähigen Krebszellen zum Absterben zu bringen, würden, selbst wenn sie ein erfolgreiches Verfahren ergeben sollten, immer nur einen Angriff auf oberflächlich gelegene Krebse ermöglichen. Am schnellsten und erfolgreichsten erwies sich noch immer das Messer. Dann taucht die Frage auf, wie lange ist ein Gebärmutterkrebs noch operabel, und als letzte, welche Art der Operation verspricht den meisten Erfolg.

Da es erforderlich ist, über die Ausdehnung des Krebses unbedingte Klarheit zu schaffen, so lässt sich, falls die bimanuelle, immerhin doch sehr unzuverlässige Untersuchung Zweifel übrig lässt, und zumal durch Ausbildung der Operationstechnik die Grenzen der Operabilität sehr weit gesteckt sind, durch Probelaparatomie auf die sicherste Weise diese Klarheit erreichen; und mancher scheinbar inoperable Fall wird sich als das Gegenteil erweisen und eine radikale Entfernung der erkrankten Teile im Anschlusse an die Probelaparatomie zulassen. Gestattet hier der Gebrauch zweier Sinne, des Gefühls und

des Auges, eine sichere Diagnose, so wird auch die Operationsart die meisten Chancen bieten, die solches Zusammenwirken ermöglicht. Wo, wie bei der abdominalen Totalexstirpation, die Ausdehnung des operativen Eingriffes sich fast absolut sicher feststellen, durch leichtere Zugänglichkeit des Operationsfeldes die Operationsdauer sich einschränken, und der Blutverlust sich auf ein Geringes herabsetzen lässt, dabei auch die Gefahr der Infektion durch den carcinomatösen Uterus sehr verringert wird, dort muss der Erfolg liegen.

Aber auch in den Fällen, wo eine gänzliche Entfernung der kranken Teile nicht möglich ist, bietet die abdominale Totalexstirpation der Kranken den grössten Nutzen. Sie allein von allen Palliativoperationen gibt die Möglichkeit, das Herausholen des kranken Gewebes bis zur äussersten Grenze zu führen. **Sie schafft die klarsten Verhältnisse.** Es fehlt danach der stinkende Ausfluss, der die kranke Frau ebenso wie ihre Umgebung im höchsten Masse belästigt, und der nach Excochleation und Ausbrennen bald wieder sich einstellt. Dazu gibt dieser Mangel des, neben den Schmerzen, auffälligsten Symptomes der Kranken die Hoffnung auf Dauerheilung, und damit neuen Lebensmut, zumal durch den Fortfall dauernder Sekretion auch der Allgemeinzustand gehoben wird. Ein schönes Beispiel bietet dafür Fall 38. Die auf diese Weise operierte Frau hat 7 Monate lang keine Beschwerden.

Die weiter unten zusammengestellten 39 Fälle von Zusammentreffen des Gebärmutterkrebses mit Schwangerschaft sind den Geburtsjournalen der Münchner Königlichen Universitätsfrauenklinik, Jahrgang 1884—1909, und den gynäkologischen Journalen ebendaselbst, Jahrg. 1890—1909 (1. November) entnommen.

Ein sorgfältiges Durchsuchen der gynäkologischen Journale hat eine Anzahl von Fällen auffinden lassen, wo ein Gebärmutterkrebs erst nach einer ausserhalb der Klinik erfolgten Entbindung oder Fehlgeburt festgestellt wurde; oder wo Carcinom und junge Schwangerschaft konstatiert wurde, die Frau aber aus irgend welchem

Lebens-Jahr	1890	1891	1892	1893	1894	1895	1896	1897	1898	1899	1900	1901	1902	1903	1904	1905	1906	1907	1908	I. XI. 1909	Sa.	
21	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	
22	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1	
23	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
24	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
25	—	—	—	—	—	1	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	
26	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	
27	—	—	—	—	—	2	—	1	1	1	—	—	—	1	1	—	—	1	—	—	8	
28	—	—	2	1	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	1	—	1	—	—	—	7	
29	—	—	1	1	1	—	2	—	1	—	—	—	—	1	1	—	—	1	—	—	9	
30	1	—	1	—	—	1	2	2	2	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	2	13	
31	—	1	—	—	1	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	6	
32	1	1	2	—	3	2	—	4	2	1	1	—	—	—	1	—	—	1	—	2	21	
33	1	1	—	3	1	1	2	1	2	—	1	3	2	—	1	—	—	2	1	1	23	
34	—	1	1	2	1	1	2	2	—	—	3	2	1	1	4	—	3	—	—	1	25	
35	2	3	3	2	3	1	1	—	3	2	2	1	1	1	—	3	1	2	2	1	34	
36	2	2	3	4	3	3	2	1	2	3	2	1	—	2	—	2	—	1	—	1	34	
37	2	1	—	3	—	3	3	5	2	1	2	1	1	1	2	—	—	—	3	—	30	
38	1	4	4	2	2	4	4	1	3	2	3	3	2	3	2	1	1	1	2	2	47	
39.	4	2	3	3	5	2	3	1	1	3	5	5	2	3	3	—	1	1	2	1	50	
40	—	4	—	—	3	4	3	2	8	2	—	3	2	1	—	—	—	1	3	5	41	
Sa.	15	20	20	21	23	26	24	20	29	17	21	20	12	14	17	6	7	12	14	16	354	Frauen von 21-40 Jahren
Ca.-Fälle	41	57	62	62	78	73	69	66	73	63	65	70	55	51	46	47	38	45	59	50	1170	überhaupt
%	36,6	35,0	32,2	32,2	29,5	35,6	34,8	30,3	39,7	27,0	32,2	28,6	21,8	27,5	37,0	12,7	18,4	26,6	22,0	32,0	30,1%	

Es kamen somit von 1890—1909 zur Beobachtung:

Fälle von Uterus-Carcinom 1170
Davon bei Frauen zwischen 20—40 Jahren . . . . 354 = 30,1 %
Complication von Schwangerschaft mit Ca. . . . . 33 = 2,82 % aller Ca.-Fälle
Davon zwischen 20 und 40 Jahren . . . . 31 oder 8,76 % der Ca.-kranken Frauen unter 40 Jahren.

Grunde nachher nicht in die Klinik zur Entbindung kam. Da solche Fälle Statistiken, lediglich aus Geburtsjournalen heraus, verloren gehen, sich auch nicht für Berechnung des Prozentsatzes in bezug auf die Anzahl der Geburten, die in der Klinik im gleichen Zeitraum erfolgten, verwenden liessen, so geschah das in bezug auf die Zahl der Fälle von Gebärmutterkrebs, die in der Zeit vom 1. I. 1891 bis 1. XI. 1909, also in ca. 20 Jahren, festgestellt wurden. Eine ganze Anzahl von Carcinomfällen, die bereits kurze Zeit (3—6 Monate) nach erfolgter Entbindung als inoperabel befunden wurden, wo aber in den anamnestischen Angaben keinerlei Beschwerden aufgeführt waren, die auf das Bestehen des Krebses während der Schwangerschaft schliessen liessen, mussten fortbleiben, trotzdem mit grosser Wahrscheinlichkeit auch da das Carcinom schon in seinen Anfängen vor der Entbindung bestand. Leider erwiesen sich die Krankengeschichten häufig als sehr unvollständig, manchmal als nur fragmentarisch; teilweise fehlen sie ganz.

In den Geburtsjournalen 1884—89 fanden sich 6, in den Geburts- und gynäkologischen Journalen 1890—1909 33, zusammen 39 Fälle von Zusammentreffen von Schwangerschaft und Gebärmutterkrebs. — Insgesamt ergaben sich für die Zeit 1890—1909 (c. Tabelle A.) 1170 Fälle von Uteruscarcinom mit 33 Schwangerschaften. Von den 1170 Frauen waren 354 in einem Alter von 21—40 Jahren, und davon wiederum 31 schwanger, sodass nur 2 der Schwangeren älter als 40 Jahre waren. Daraus ergibt sich, dass 30,1 % aller krebskranken Frauen sich in einem Alter befanden, wo ein Zusammentreffen von Gebärmutterkrebs und Schwangerschaft leicht erfolgen kann. Denn die Mehrzahl der Frauen, aus denen sich das poliklinische Material zusammensetzt, gehört den sozialen Schichten an, in denen aus leicht verständlichen Gründen das Weib bis zum Klimaterium, kaum dem Wochenbett entronnen, sich schon einer neuen Schwangerschaft gegenübersieht. Wenn daher die Schwangerschaft bei mit Carcinoma uteri behafteten Frauen trotzdem, wie die Zahlen weiterhin zeigen, eine ziemliche Seltenheit ist, so hat das

wohl weniger seinen Grund darin, dass, wie die meisten Untersucher annehmen, das Carcinom meist Frauen betrifft, die schon die Akme der Fruchtbarkeit überschritten haben, als vielmehr hauptsächlich darin, dass wirklich, gemäss weiterer Annahme, der Krebs durch Sitz an der Cervix, durch das chemische Verhalten der Sekrete ulcerierter Teile, durch Blutung bei der Cohabitation, ein Vordringen des Sperma zum Ei unmöglich macht, ferner ist nicht ausseracht zu lassen, dass sicher häufig, zumal bei jungen Frauen das Carcinom verhältnismässig rasch wächst, im Gegensatz zu älteren Frauen (Lehmann, Uteruscarcinom und Schwangerschaft, Diss., Halle a. S. 1905), der rasch sich einstellende, stinkende Ausfluss den Mann selbst da vom Geschlechtsverkehr abschreckt, wo man nicht allzusehr gewöhnt ist, auf den Körper zu achten, und nicht eben empfindliche Geruchsnerven besitzt. Ausserdem mag auch in vielen Fällen die Schmerzhaftigkeit des Coitus die Frau ihn verweigern lassen.

Aus den oben angeführten Zahlen ergibt sich ferner, dass 2,82 % der an Gebärmutterkrebs leidenden Frauen, und 8,76 % aller Frauen bis zum 40. Lebensjahre, d. h. **von je 12 Frauen eine,** schwanger geworden!

Von 38 schwangeren Frauen, deren Alter angegeben ist, waren

21—30 Jahre alt . .	3 =	7,9 %
31—40 „ „ . .	32 =	84,2 %
40 und mehr Jahre alt	3 =	7,9 %

Von der Gesamtzahl der 1170 krebskranken Frauen waren

21—30 Jahre alt . .	43 =	3,67 %
31—40 „ „ . .	311 =	26,5 %

Tabelle B.

№	Alter ? Para	Art und Sitz des Carcinoms	Verlauf und Art der Geburt: spontan	Kunsthilfe	Fehlgeburt	Frühgeburt	rechtz. Geb.	Resultat: Mutter	Kind	Bemerkungen
1	33 7. p.	Ca. port.					ja	†	totfaul †	unter d. Geb. † an Perfor.-Perit. u. Perf. d. vord. u. hint. Scheidengew.
2	35 4 † ? p.	Ca. port. et cerv. infiltr.	ja 43 Std. 5′				ja	†	totfaul †	† am 10. Tage an Perf.-Perit. u. Perf. d. hint. Douglas
3	42 11. p.	Cancroid. Papill.-Geschw. d. port.	$32^1/_2$ Std.	Extract. a. Füssen		ja		lebt	lebt zunächst, † am 3. Tage	Extrakt. weg. Nabelschnurvorfalles
4	33 6. p.	Carcin. d. cervix infiltr.	ja 9 Std. 20′	Credé			ja	lebt	lebt	unter der Geburt Blutung. Jodoformgazetamponade
5	31 ? Mehrgeb.	Ca. d. Cervix, infiltr. Vagina ergriffen	$126^1/_2$ Std.	Perforat.			ja	lebt	†	Kind lebte noch bei Beginn d. Geburt. Vorzeit. Blasensprung
6	39 8. p.	Ca. d. Cervix, infiltr.								Excochleat. Pat. auf Verlangen entlassen
7	38 12. p.	Ca. port. inf.	ja 36 ? Std.	Angeblich ausserhalb der Klinik Incis. d. Mutterm.			ja	lebt	† totfaul	Vorzeitiger Blasensprung
8	35 9. p.	Cancroid. Papill.-Geschw. d. Cervix. Vagina ergriffen		Zange			ja	lebt	? (lebt anscheinend)	Excochleat. Geburt ausserhalb
9	34 8. p.	Ca. d. cervix, infilt. Blasenscheidenfistel		Zange			ja	lebt	†	Blasenscheidenfistel, inoperabel entlassen. Geburt ausserhalb
10	37 14. p.	Ca. Cervic. infilt. Vaginalgewölbe ergriffen								Frühstadium der Schwangerschaft. Weiteres fehlt

№	Alter ? Para	Art und Sitz des Carcinoms	Verlauf und Art der Geburt					Resultat		Bemerkungen
			spontan	Kunsthilfe	Fehlgeburt	Frühgeburt	rechtz. Geb.	Mutter	Kind	
11	44 20. p.	Ca. Cervicis inf.	ja			ja		lebt	†	am 5. Tage Abtrag. d. Geschwulst und Entfernung von Plaçentarresten
12	40 7. p.	Cancr.-Papill. d. Portio d. Cervic. Vaginae. Blasenscheidenfistel		Incision. Zange			ja	lebt	lebt	Geburt ausserhalb d. Klinik. Blasenscheidenfistel. Operation d. Fistel, unvollständig
13	32 5. p.	Ca. cervic. inf. inoperabel			ja vor 3 Woch.			lebt		Geburt ausserhalb. Excochleat. Thermokaut.
14	39 13. p.	Carcin. cervic. inf. inoperabel								Schwangerschaft von 6 Monaten
15	35 7. p.	Cancr.-Pap. d. Port. vord. Lippe	71 Std. 45′	Abtrag. d. Ca. Metreurynter		ja		lebt	†	Totalexstirp. p. vagin. wird 1 Monat später gemacht
16	32 11. p.	Cancroide Pap.-Geschw. d. Portio		Metreurynter. Lysollösung unter Eihäute gespritzt		ja		lebt	†	14 Tage später Excochl.
17	35 8. p.	Ca. cervic. inf. Vagina ergriffen			ja vor 3 Mon.			lebt		Excochl., Alkohol-Tamp., Jodkali-Tamp.
18	36 10. p.	Inf. Carc. d. Port.			ja vor 4 Woch.			lebt		Totalexstirpat. per vag.
19	35 5. p.	Alv. Carc. d. Cervix			ja vor $2^1/_2$ Mon.			lebt		Totalexstirpat. per vag.
20	37 16. p.	Alv. Carc. d. Cervix			ja vor 2 Mon.			lebt		Abtragung d. hint. Lippe. Frau †. Perforat.-Perit.
21	43 5. p.	Carc. d. cervix inf. Metastasen d. r. Lunge		Metreurynter nach Excochl.		ja		†	† totfaul	Perforat.-Perit. nach Excochl.

№	Alter ? Para	Art und Sitz des Carcinoms	Verlauf und Art der Geburt					Resultat		Bemerkungen
			spontan	Kunsthilfe	Fehlgeburt	Frühgeburt	rechtz. Geb.	Mutter	Kind	
22	39 11. p.	Caner. Pap. d. Portio Vagina ergriffen		Vag. Kaiserschnitt		ja		lebt		anschl. vag. Totalexstirpation. 4 Wochen später Entlassung. Narbe erweckt Verdacht a. Recid.
23	40 8. p.	Alv. Carc. d. Port.			ja vor 8 Tagen			lebt		Totalexstirp. p. vagin. Entlass.-Bef. ohne Recid.-Anzeigen.
24	34 9. p.	Cancr. Pap.-Geschw. der Port., Cervix u. Vagin.	ja vor 2 Monaten				ja	lebt	?	Entbind. ausserhalb. Excochl.
25	34 5. p.	Caner. Pap. d. Port. Vagina ergriffen inoperabel	ja			ja		lebt	† totfaul	Geburt auswärts. Frau war 5 Mon. vorher in der chirurg. Klinik wegen Ca. excochleiert u. thermok. worden, aber Gravid. nicht diagnost.
26	29 8. p.	Carc. cervic. inf.		Sect. caes. vagin.		ja ?		lebt	?	anschliessend an Sect. caes. vag. Totalexstirpat. Bericht fehlt.
27	36 7. p.	Carc. cervic. inf. inoperabel	ja vor 14 Tagen			ja 7 Mon.		lebt	anscheinend †	Entbindung auswärts. Excochleat.
28	27 4. p.	Carc. Port. Vagina ergriffen		Wendung			ja	lebt	lebt (?)	Geburt ausserhalb d. Kl. Totalexstirp. p. vagin. 10. VI. 04 Recid. Excochleat., 22. VIII. Recid. 25. VIII. †
29	37 10. p.	Cancr. Pap.-Geschw. d. Port.		Sect. caes.			ja	† am 2. Tage	lebt	anschl. an Sect. caes. Porro-Amp. nebst Adnex. 8 Monate vorher Excochl. ohne Diagn. d. Gravid.
30	34 11. p.	Carcin. cerv. inf.	ja			ja vor 4 Mon.		lebt	anscheinend †	Vaginal. Totalexstirp., geheilt entlassen
31	36 10. p.	Carc. cervic. inf. Vagina erkr. ?	vor 3 Mon. ja nach Abtragung d. hint. Mutter-				ja	lebt	lebt	Excochleat., Thermok. 10. VII. Recid. 5 Monate vor d. Geb. wurde hier Ca. d. hint. Lippe operabel konstatiert. Operat. abgelehnt

№.	Alter ? Para	Art und Sitz des Carcinoms	Verlauf und Art der Geburt					Resultat		Bemerkungen
			spontan	Kunsthilfe	Fehlgeburt	Frühgeburt	rechtz. Geb.	Mutter	Kind	
32	28 5. p.	Ca. cervic. inf. Port. Vagina ergriffen		Vag. Kaiserschnitt		ja		†	lebt († a. 2. Tage)	anschliessend Totalexstirp. p. vag. Sekt. verweigert
33	39 9. p.	Ca. port. inf.	ja				ja	lebt	lebt	beim Durchschneiden d. Kopfes ein walnussgrosses Ca.-Stück abgequetscht. Kal. permang. Spül. Nach 8 Tagen ohne Beschw. entl. Nach 6 Mon. 27. V. Recid. Excochleat.
34	36 11. p.	Carcin. d. cervix infilt.	ja vor 6 Monaten				ja	lebt	?	Geburt ausserhalb d. Klinik. Excochl. Totalexstirp. p. vagin., bei Entl. unverdächtige Narben
35	39 15. p.	Ca. Port.		Sect. caesar.			ja	lebt	lebt	anschliessend Totalexstirp. nach Wertheim. Bisher k. Recid.
36	38 16. p.	Ca. cervicis. Vagina erkrankt. Blase erkrankt	ja vor 4 Wochen			ja angeblich 3 Wochen zu früh		lebt	†	Totalexstirp. nach Wertheim carcinomat. Teile d. Parametr. u. Blase blieben zurück. Nach 6 Mon. 3. V. 09 Recidiv.
37	35 5. p.	Ca. cervic.		Zange vor 8 Wochen zu Hause			ja	lebt	lebt	Geburt ausserhalb der Kl. Totalexstirp. abdom. nach Wertheim. Bisher k. Recid.
38	38 ? p.	?		Sect. caesar.			ja ?	lebt	lebt	anschliessend Totalexstirp. nach Wertheim. Nach $6^1/_2$ Mon. Recid., Stenose der Ureteren.
39	? ?	Ca. cervic. et Vaginae								Kranken- und Geburtsjournal aus dem Jahre 1884 fehlen. Im Hauptbuche Diagnose: Ca. cerv. u. Gravidität.

Was den Sitz des Carcinoms anbetrifft, so war ausnahmslos Portio und Cervix ergriffen, erstere 18 mal, letztere 20 mal.

11 mal, d. h. in 28,2 %, war die Vagina in Mitleidenschaft gezogen.

Fehlgeburten traten ein 6 mal = in 15,4 % (No. 13, 17, 18, 19, 20, 23).

Frühgeburten traten ein 9 mal = in 23 %.

Bei diesen blieb die Mutter am Leben 8 mal, † die Mutter 1 mal (No. 3, 11, 16, 21, 22, 25, 27, 30, 36).

Zum normalen Ende kam die Schwangerschaft 17 mal = in 43,6 %.

Davon waren Spontangeburten 7 = 18 % mit dem Erfolge, dass

die Mutter am Leben bleibt 6 mal, † 1 mal,
das Kind „ „ „ 3 († 1 ?) „ † 2 († 1 ?) „

Vorzeitiger Blasensprung ist 2 mal vermerkt.

Kunsthilfe wurde bei der Geburt angewendet in folgenden Fällen:

a) Zange allein 3 mal (No. 8, 9, 37).

b) Zange nach vorhergehender Incision des Muttermundes 1 mal (No. 12).

Dabei: lebt Mutter 4 mal,
„ das Kind 2 „, † 1 mal.

Blasenscheidenfistel wurde dabei gesetzt 2 mal (No. 9 und 12).

c) Wendung wurde einmal gemacht (No. 28), dabei bleibt die Mutter am Leben, Kind ?.

d) Extraktion an den Füssen erfolgte 1 mal (No. 3), Mutter und Kind leben.

e) Perforation erfolgte 1 mal, wobei die Mutter am Leben blieb (No. 5).

f) Bei (No. 15, 16, 21) 3 spontanen Frühgeburten wurde der Metreurynter eingelegt, wobei

die Mutter 1 mal †,
das Kind 3 „ † (1 mal totfaul).

g) Der abdominale Kaiserschnitt wurde gemacht:

α) 1 mal mit anschliessendem Porro (Nr. 29), Mutter †, Kind lebt.

β) mit anschliessender Totalexstirpation nach Wertheim 2 mal (No. 35, 38), dabei bleiben beide Mütter und Kinder am Leben.

Unentbunden starb eine Frau (No. 1), das Kind war totfaul.

Ruptur der Gebärmutter trat 2 mal ein (Nr. 1, 2).

Ausserdem wurde 3 mal der vaginale Kaiserschnitt gemacht (No. 22, 26, 32), der einmal (No. 32) den Tod der Mutter zur Folge hatte.

Die Totalexstirpation per vaginam erfolgte 10 mal (No. 15, 18, 19, 22, 26, 28, 30, 32, 34); dabei starb die Frau 1 mal.

Die Totalexstirpation per laparotomiam hatte den Erfolg, dass von 4 Fällen sämtliche operierte Frauen am Leben blieben (No. 35, 36, 37, 38).

Nach der Geburt des Kindes muss 1 mal (No. 11) nach 5 Tagen die retinierte Placenta manuell entfernt werden. Die Frau blieb am Leben.

Vermerke über Recidive konnten nur einige gefunden werden:

No. 22 nach vaginaler Totalexstirpation Verdacht auf Recidiv nach 4 Wochen.

No. 28 nach vaginaler Totalexstirpation Recidiv nach $2^1/_2$ Monaten. 3 Tage später Exitus.

No. 31 nach Excochleation und Thermokauterisation Recidiv nach $1^1/_2$ Monaten.

No. 36 nach Totalexstirpation nach Wertheim Recidiv nach 6 Monaten.

No. 38 ebenso nach $6^1/_2$ Monaten.

Im Anschluss an Excochleation resp. Abtragung des Carcinoms starben 2 Frauen (No. 20, 21).

Es mögen nunmehr die Auszüge aus 39 Krankengeschichten folgen, die trotz vielfacher Unvollständigkeit einen fesselnden Einblick in das mannigfache Verhalten des Carcinoms bei Schwangerschaft, und seine Folgen gestatten:

1. 1884. 8. III. Walburga Bauer, 33 Jahre. Familienanamnese ohne Belang. I. Menses mit 15 Jahren, regelmässig, 3—4 Tage, mässig. Bisher 6 Geburten. Bei der letzten trotz heftiger Wehen kein Fortschritt, daher der Arzt den Muttermund incidierte und die Zange anwendete. 14 Tage später traten nach sonst normal verlaufenem Wochenbette bereits wieder Blutungen ein; seitdem besteht dauernd nicht besonders übelriechender Ausfluss. Juni 1883 trat abermals Schwangerschaft ein; seitdem plagen fast täglich auftretende Krämpfe im Leibe (Koliken) die Frau, wobei regelmässig wässriger, blutgemischter Ausfluss erfolgt.

Untersuchungsbefund fehlt! Diagnose: Carcinoma uteri, Schwangerschaft.

10. III. Abends 7 Uhr nach relativ gutem Befinden plötzlich Schüttelfrost. Temperat. 39^7, Gesichtszüge verfallen, blass, Zunge trocken, borkig. Oberhalb des Uterus tympanitischer Schall, Schlucken, Brechreiz; dabei gelbbräunlicher, mässig riechender Ausfluss.

11. III. Temp. 37^6. In der Nacht gingen unter krampfartigen Schmerzen bröcklige Massen und dünnes, übelriechendes Blut ab. Brechreiz verschwunden. Abends $6^1/_2$ Exitus.

Sektionsergebnis: Ausgetragene totfaule Frucht, Carcinoma portionis, Perforation des vorderen und hinteren Scheidengewölbes, jauchige Metritis.

2. Nr. 332. 1884. 4. IX. Elisabeth Baumann, 35 Jahre. Familienanamnese ohne Belang. I. Menses mit 15 Jahren, regelmässig, schmerzhaft, ziemlich stark, 7—8 Tage. Mehrere (4 † ?) Geburten. Seit Mai Blutungen in wechselnden, mehrwöchigen Zwischenräumen, in der Zwischenzeit blutig-wässriger Ausfluss, übelriechend. Dabei Kreuzschmerzen; besonders reichlicher Ausfluss in den letzten 2 Monaten. Letzte Menses Ende November (?) 1883.

Innerer Befund: Cervix für 1 Finger kaum durchgängig, in seiner ganzen Länge infiltriert, knollig, hart. Die Neubildung geht bereits auf das Scheidengewölbe über. Diagnose: Carcinoma portionis et cerv. — Herztöne nicht härbar, Bewegungen werden nicht gefühlt. Kopflage.

Wehenbeginn 3. IX. Abends 5 Uhr. Am 4. IX. Aufnahme in die Klinik. Am 5. IX. früh ist der Muttermund erst für 2 Finger durchgängig, nachdem bisher nur mässige Wehen in langen Pausen stattgefunden. Wegen grosser Schmerzhaftigkeit Morph.-Injektion, worauf mehrstündiger Schlaf eintritt. Temp. 38^1. Danach scheinen sehr kräftige Wehen, aber keine Untersuchung stattgefunden zu haben; denn nachdem 11 h vermerkt ist: Patientin ruhig, springt 12 h plötzlich die Blase mit lautem Ton, sofort drängt der Kopf den Damm vor und schneidet durch,

ehe untersucht werden kann. Der erschwerte Durchtritt der Schultern wird durch kräftigen Zug nach hinten und unten bewirkt, worauf ein ausgetragenes, hochgradig maceriertes Kind folgt. Haut mit Meconium imbibiert; das abgehende Blut stinkt aashaft und ist mit jauchigen Carcinom-Massen vermengt. Nach 5 Minuten wird Placenta mittels Credé entfernt. Spülung mit Kal. permangan. Uterus gut kontrahiert. Kind 2550 gr.

7. IX. Temp. 39. Lochien stinkend, der Leib druckempfindlich, aufgetrieben.

8. IX. Nachts angeblich Schüttelfrost. Temperatur allmählich bis 40⁰ ansteigend.

15. IX. Exitus $2^1/_2$ Nm.

Sektionsbefund: Carcinoma cervicis, Perforation des hinteren Douglas, eitrige Peritonitis.

3. Nr. 385. 1887. 29. VI. Maria Huber, 42 Jahre. Mutter wahrscheinlich an Carcinom gestorben. Nie ernstlich krank gewesen. I. Menses mit 17 Jahren, regelmässig, stark, 5—6 Tage. Bisher 10 normale Geburten mit normalem Wochenbett. Ausser seit längerer Zeit bestehenden Blutungen keine Beschwerden.

Innerer Befund: 1-Markstück grosse cancroide Papillar-Wucherung der vorderen Muttermundlippe. Blase steht. Vollkommene Fusslage mit Nabelschnurvorlage. Wehenanfang 2. VII. Abends 7 Uhr, mässig, in grösseren Pausen, 3. VII. Muttermund 1-Markstück gross; vordere Muttermundslippe bedeutend gedehnt, zeigt auf der inneren Fläche zahlreiche Höcker. Das Nachbargewebe ist noch nicht ergriffen. Uterus ist frei beweglich. Nach der Untersuchung stärkere Blutung, daher Tamponade. Infolgedessen stärkere Wehentätigkeit eintritt und die Tampons allmählich ausgestossen wurden. 4. VII. Morgens $3^1/_2$ ist der Muttermund völlig erweitert, beide Füsse und pulsierende Nabelschnur vorliegend. Die Blase springt, Nabelschnur fällt vor. Es wird sofort Extraktion eines lebenden nicht völlig ausgetragenen Kindes gemacht (Anfang 8. Monats, 1200 gr). Sofort gute Nachwehen. Placenta kommt 1 h Nm. — Weiteres fehlt bis auf kurze Angaben über das Befinden der Frau bis zum 10. VII., worauf die Krankengeschichte abbricht. 10. VII. Befinden anscheinend gut, Lochien gering, serös.

4. Nr. 647. 1889. 22. IX. Anna Falk, 33 Jahre. Familienanamnese ohne Belang. Mit 17 Jahren Bleichsucht. I. Mens. mit 18 Jahren, regelmässig, schmerzhaft. Bisher 5 normale Geburten. Seit dem 2. Monate der Schwangerschaft weisser Ausfluss, der seit dem 4. Monate stinkt. 4 mal traten Blutungen ein. Innerer Befund: Muttermund rigide, teilweise mit erbsengrossen Knoten bedeckt und mit Einkerbungen versehen, 3-Markstück gross. Rechts haselnussgrosse, harte höckrige Geschwulst; hintere Lippe verdickt. Links ein kleiner Strang auf die Vagina über-

gehend. Die Geschwulst blutet ziemlich stark. Diagnose: Carcinoma cervicis.

22. IX. 3^{45} Nm. Wehen kräftig. 7 h Abends, als Mm. 5-Markstück gross ist, tritt mässige Blutung ein, daher Jodoformgazetamponade. Nun kräftige Wehen, alle 2 Minuten. 8 h Blasensprung, es wird 8^{15} in II. Schädellage ein 1850 gr schweres, sofort schreiendes Kind geboren. Blutung mässig. 8^{20} wird Placenta mittels Credé entfernt. 8^{30} mässige Blutung, darauf heisse Spülung. Jodoformgazetomponade, Ergotin. Geburtsdauer 9 Std. 20 Min.

23. IX. Befinden leidlich, Herausnahme der Tamponade, Temp. Nm. 39^{6}. Chinin. Aetzung der Portio mit Lign. Ferri.

24. IX. Temp. 38—39, Antifebrin.

25. IX. Temp. 38^{3}—39, Nachts Frösteln, Antifebrin.

26. IX. Temp. 38^{5}, 38^{1}, Ol. Ricini.

27. IX. Temp. 38^{4}, Uterus gut kontrahiert.

Am 29. IX. ist die Frau scheinbar entlassen worden. Weiteres fehlt.

5. Nr. 746. 1889. 31. X. Magdalena Rosenhuber, 31 Jahre. Familienanamnese ohne Belang. I. Menses 14 Jahr, stark, 6—7 Tage, regelmässig. Die Frau war angeblich bis zur Verheiratung (17 Jahr) nie krank. Von da an hatte sie Unterleibsbeschwerden. Die Geburten selbst verliefen gut; dagegen hatte sie angeblich im Wochenbette immer Fieber. Vom Beginn der jetzigen Schwangerschaft an hatte sie übelriechenden Ausfluss. Innerer Befund am 31. X. 4 h Nm.: Obere Partien der Scheide und des vorderen Scheidengewölbes hart infiltriert, mit Höckern und Vertiefungen. Ebenso der Muttermund, Cervix und hintere Scheidenwand. Aeusserer Muttermund für 1 Finger gut durchgänig. Am Finger übelriechendes Blut. Lage des Kindes I. Schädellage. Herztöne hörbar, Bewegungen fühlbar. 10 h Nm Muttermund 3-Markstück gross, stark gespannt. Blase gesprungen. Urinblase gefüllt. Mässiger Blutabgang. Keine Herztöne mehr.

Die Geburt geht nun langsam weiter bis 5. XI., wo bei fast völlig erweitertem Muttermunde im Interesse der Mutter und bei konstatiertem Kindstode die Perforation 6 h Nm. gemacht wird. Nach 30 Min. folgt die Placenta spontan. Geburtsdauer 126 Std. 30 Min.! 6. XI. Temp. 37. 9 h morgens Leib aufgetrieben, empfindlich. Die inneren Genitalien zeigen keine grösseren Verletzungen. Die Lochien nicht fötit, mässig an Menge. Katheterismus. Temp. bleibt gut.

13. XI. Entlassung.

6. 1890. 5. XII. Barbara Friedinger, 39 Jahre. Familienanamnese ohne Belang. Nie ernstlich krank. I. Menses mit 13 Jahren, regelmässig, stark, 3 Tage. 7 Entbindungen, stets normal,

desgl. das Wochenbett. Keine Fehlgeburt. Letzte Menses 12. Sept. 90. — Seit Beginn der Schwangerschaft mässig weissen Fluss mit geringen Blutbeimengungen. Seit 5 Wochen Schmerzen im Unterleib, Kreuz, ausstrahlend in Hinterbacken und Oberschenkel.

Befund: Brüste klein, geben auf Druck Colostrum, Stand des Fundus 3—4 Querfinger über Symphyse, auf Druck schmerzhaft. Innere Untersuchung: Uterus mannsfaustgross, weich, Cervix destruiert, Hyperämie und Aufquellung der Geschlechtsteile. Diagnose: Carcinom des Cervix. Schwangerschaft. Beobachtet vom 5. XII. bis 16. XII. wechselndes Befinden. 8. XII. einmal Temp. 38^9. Kopfschmerzen, Schnupfen.

17. XII. Operation auf Wunsch der Kranken in Chloroform-Narkose. Thermokauterisation, Einlegung eines Jodoformgazestreifens. In den nächsten Tagen wässriges Sekret aus der Wunde.

21. XII. wird Patientin auf Verlangen entlassen.

7. 1891. 14. X. Katharina Pullheimer, 38 Jahre. Familienanamnese ohne Belang. I. Menses mit 14 Jahren, regelmässig, 3—4 Tage. Bisher 11 Geburten, sämtlich normal, desgl. die Wochenbetten. Seit Januar des Jahres besteht die 12. Schwangerschaft. Seit ihrem 6. Monate haben sich Blutungen eingestellt, die allmählich stärker und häufiger wurden. Am 13. X. Blasensprung. Angeblich wurden an diesem Tage seitens des Arztes Incisionen zur Erweiterung des Muttermundes gemacht. Innerer Befund: Portio verstrichen, Muttermund 5-Markstück gross. Entsprechend der linken Hälfte der vorderen und hinteren Muttermundlippe fühlt man harte Knollen, die hin und wieder mit brüchigem, morschem Gewebe wechseln. Im Muttermunde ist die pulslose Nabelschnur zu fühlen. — Temp. 37^6, Puls 130. II. Schädellage. — Die Wehen sind schwach, $^1/_2$ Minuten dauernd, alle 10 Minuten einsetzend, allmählich werden sie besser, 10 h Abends ist der Muttermund zwar noch immer 5-Markstück gross, aber 3 h Nachts ist er verstrichen, Temp. 38^1, 4^{20} h wird ein totfaules Kind von 3900 gr Gewicht geboren. 4^{50} wird die Placenta mittels Credé entfernt, worauf sich der Uterus gut kontrahiert.

15. X. Temparatur 37^3, Abdomen aufgetrieben, Ausfluss reichlich, übelriechend. Eisblase.

16. X. Leib stärker aufgetrieben, Temp. 37^5. Ausfluss wie vorher.

19. X. steigt Temparatur einmal auf 38^1.

31. X. verlässt die Frau die Klinik.

Am 7. XI. stellt sie sich wieder vor. Auf beiden Lippen des Muttermundes knollige Hervorragungen. Man kann mit dem Finger 1—1,5 cm eindringen. In der Cervix sind ebenfalls Knollen,

besonders hinten zu fühlen. Aber auch aussen sind rings Knoten zu fühlen, in deren Masse die Cervix festgemauert sitzt. Parametrien besonders links ergriffen.

Weiteres fehlt.

8. Nr. 185. 1892. 13. IX. Katharina Hörmann, 35 Jahre alt. Familienanamnese ohne Belang. I. Menses mit 15 Jahren, regelmässig, ziemlich stark. Bisher 9 Geburten. Die letzte Entbindung fand vor 2 Monaten statt und es wurde die Zange zur Entwicklung des Kindes angewendet. Während der zweiten Hälfte der Schwangerschaft bestand stinkender, manchmal mit Blut vermischter Ausfluss, der auch während des dreiwöchigen, sonst guten Wochenbettes vorhanden war. — Innerer Befund: Der Finger stösst sofort beim Eindringen in die kurze Scheide auf einen pilz- oder blumenkohlförmigen, knolligen Tumor, der schon auf das Vaginalgewölbe übergegriffen hat, rechts mehr als links. Rechtes Parametrium anscheinend etwas infiltriert. — Diagnose: Cancroide Papillargeschwulst der Cervix.

Therapie: Excochleation.

9. 1893. 30. September. Barbara Vorsatz, 34 Jahre alt. Sucht die Klinik auf wegen Blasenscheidenfistel. — Familienanamnese ohne Belang. I. Menses mit 14 Jahren, regelmässig, schmerzlos, 1—2 Tage. 8 Entbindungen. Sieben davon normal, auch die Wochenbetten. Vor 8 Wochen fand die 8. Entbindung statt, wobei ein totes Kind mit der Zange extrahiert wurde. — Innerer Befund: Am oberen Ende der Scheide fühlt der Finger eine breite Höhle mit hart infiltrierten, zackigen Rändern. Hinten ist die hintere Muttermundslippe zu fühlen. Den Grund der Höhle bilden die Cervixhöhle und die gleichfalls carcinomatös erkrankte Blase. Harn läuft über die Finger. Die Patientin wird als inoperabel entlassen. Es werden ihr Spülungen angeraten.

10. No. 51a. 1895. 26. II. Crescenz Holzinger, 37 Jahre alt. Familienanamnese ohne Belang. I. Menses mit 15 Jahren, ohne Beschwerden. Bisher 13 Geburten, gute Wochenbetten. — Seit $4^1/_2$ Monaten hat die Frau blutigen Ausfluss, Schmerzen im Bauche und im Kreuze. — Aeusserer Befund: Schlaffe, dünne Bauchdecken; etwas über der Mitte zwischen Symphyse und Nabel fühlt man einen Tumor von unebener Oberfläche und verschiedener Konsistenz, der bis ins Becken hinabreicht. Brüste geben auf Druck kein Colostrum. Ueber der Symphyse ist Gefässgeräusch zu hören. Die äusseren Genitalien weisen starke Venenerweiterungen auf. — Innerer Befund: Innere Genitalien stark hyperämisch. Die vordere Muttermundslippe ist glatt. An der hinteren sind, am stärksten hinten links, zahl-

reiche Höcker zu fühlen. Links ist ein Höcker am Vaginalgewölbe zu fühlen.

Weiteres fehlt.

Entlassen am 3. III. 95.

11. No. 260. 1895. 29. III. Regina Hafner, 44 Jahre alt. Ihre Mutter starb, 64 Jahre alt, an Gebärmutterkrebs. Sie selbst war stets gesund. I. Menses mit 17 Jahren, stark regelmässig, 4—5 Tage. 19 spontane Geburten mit guten Wochenbetten. Seit dem 3. Schwangerschaftsmonate bestehen Blutungen. Kommt mit Wehen in die Klinik. — Diagnose: II. Schädellage, Frühgeburt im 7. Monat. — Innerer Befund: Der Muttermund ist für 3 Finger durchgängig. Die vordere Muttermundslippe ist verdickt und, namentlich links, mit höckrigen Tumoren bedeckt. Während die Aussenseite noch mit glatter Schleimhaut überzogen ist, ist innen starker Zerfall zu bemerken. Die hintere Muttermundslippe ist weich, dünn, dehnbar. Am Finger bleiben übelriechende Flüssigkeit und Bröckel zurück. — Diagnose: Carcinoma cervicis.

29. III. Die Wehen sind schwach. Die Gebärende erhält heisse Lysolspülung p. M. $5^3/_4$ und Senfpapier, worauf die Wehen besser werden. Abends 7 Uhr abermals heisse Spülung, desgleichen 9 h Nm. Der Muttermund immer noch erst für 3 Finger durchgängig, entleert eine grosse Menge stinkender Blutmassen, Gehirnmassen, auch ein Stück Kopfschwarte. 10 h Nm. wird das Kind geboren; dabei geht fötides Blut ab. 1^{30} h Nachts ist die Placenta noch nicht geboren, worauf die Frau nach dem Wochensaal verlegt wird. 3 mal täglich Formalinausspülungen. Temp. 38.

Am 31. III. steigt die Temp. auf 39, in der Scheide ein Stück Placenta.

Am 2. IV. Temp. 40. In Narkose werden die Geschwulstteile teils mit Schere, teils mit Messer abgetragen und thermokauterisiert. Darauf werden mit Finger die Placentareste gelöst, die jauchig zerfallen sind.

3. IV. Temp. 37^1—38^4.

4. IV. Temp. 37^2—37^7.

7. IV. verlässt die Frau gegen Rat die Anstalt.

12. No. 271. 1897. 3. I. Frieda Schmidt, 40 Jahre alt. Sie kommt in die Klinik wegen Blasenscheidenfistel. Familienanamnese ohne Belang. I. Menses mit 17 Jahren, Anfangs unregelmässig, 8 Tage dauernd. 7 Geburten, 2 Fehlgeburten. Die ersten 6 Geburten verliefen, gleich den Wochenbetten, normal. Die 7. Geburt war schwer wegen eines Gewächses am äusseren Muttermund; sie fand vor 2 Monaten statt. Es wurde ein Arzt geholt, der Incisionen des Muttermundes machte und die Zange anwendete. Dabei wurde eine Blasenscheidenfistel gesetzt.

Vom 3. Monate der Schwangerschaft ab fand öfters Blutabgang statt, von durchschnittlich $^1/_2$ Tag Dauer, auch gestocktes Blut, sodass an eine Fehlgeburt gedacht wurde. Entbindung 6. XI. 1896. — Innerer Befund: Portio stark zerklüftet. Nach der Blase zu fühlt man eine zweifingerbreite Oeffnung. Spekulumuntersuchung zeigt, dass die Portio blumenkohlartige Beschaffenheit mit tiefen Einkerbungen hat, sodass der Muttermund nicht zu erkennen ist. — Diagnose: Blasenscheidenfistel, carcinoma cervicis.

8. I. wird operiert. Die Narkose ist schlecht wegen aussetzender Atmung. Die Fistelränder sind schon carcinomatös durchsetzt und infiltriert. Es ist wegen Ausreissens der Nähte nur ein teilweiser Verschluss möglich.

Weiterer Krankenbericht ist unzureichend und bricht am 16. I. plötzlich ab.

13. No. 612. 1898. 7. II. Walburga Rätzer, 32 Jahre. Familienanamnese ohne Belang. I. Menses mit 15 Jahren, stark, regelmässig, 6—7tägig. Seit 4 Jahren sehr unregelmässige, zum Teil sehr starke Blutungen. 5 Geburten, davon die vorletzte 1897 Zwillingsgeburt. 3 Fehlgeburten, die letzte vor 3 Wochen, am 15. Januar.

Beschwerden: Unterleibsschmerzen, Blutungen.

Innerer Befund: Aeusserer Muttermund ist von einem scharfen Saum umgeben, für 2 Finger durchgängig. Dahinter walnussgrosse, zerklüftete Höhle mit abbröckelnden Wänden. Die vordere Muttermundslippe auch sehr stark verändert, weniger die hintere. Uteruskörper retroflektiert. Im Parametrium rechts und links ein daumendicker, knolliger Strang nach der Beckenwand zustrebend, der die Cervix fixiert.

Diagnose: Inoperables Cervixcarcinom.

12. II. Excochleation, Kauterisation, Tamponade. Höhle hühnereigross.

19. II. entlassen.

14. No. 680. 1898. 23. IV. Maria Hauptmann, 39 Jahre alt. Familienanamnese ohne Belang. I. Menses mit 17 Jahren, regelmässig, ohne Beschwerde, mässig stark. Bisher 12 Geburten, spontan, mit gutem Wochenbett. Letzte Menses Anfang d. Jahres. Seit Mitte Februar bestehen Schmerzen und unregelmässige Blutungen, seit 3 Jahren übelriechender gelber Ausfluss. Seit heute Bewegungen gespürt.

24. IV. Aeusserer Befund: Die Brüste haben reichlich Drüsengewebe. Auf Druck entleeren sie viel Colostrum. Fundus fingerbreit über dem Nabel fühlbar. Uterus wenig beweglich; auf seiner linken Seite ist ein abwärtsführender Strang zu tasten.

Innerer Befund: Die Portio ist ein hühnereigrosser Tumor, mit zerfallener, leicht abbröckelnder Oberfläche, der mit der vorderen Muttermundslippe zusammenhängt. Der Cervicalkanal ist erweitert, für 2 Finger durchgängig. Seine hintere Wand ist teilweise zerfallen. Im Parametrium ist links ein daumdicker, nach der hinteren Beckenwand zustrebender Strang zu fühlen. Ligament sacro-uterin. infiltriert.

Diagnose: Schwangerschaft von 6 Monaten. Inoperables Cervixcarcinom.

Vermerk am 28. IV.: ohne Beschwerden.

Damit bricht die Krankengeschichte ab.

15. No. 817, 1037. 1898. 11. X. Katharina Hauser, 35 Jahre alt. Familienanamnese ohne Belang. Als Kind war sie nie krank; vom 18.—26. Jahre litt sie an Bleichsucht, im 21. Jahre trat ein Blutsturz ein. I. Menses mit 18 Jahren; waren immer unregelmässig. 6 Entbindungen von 1890—1897 fanden statt; die Schwangerschaften waren ohne Beschwerden, die Geburten spontan, Wochenbetten gut. Letzte Menses Dezember 1897. Seitdem bestanden unregelmässige Blutungen. Im Februar 1898 wurden sie allmählich stärker, dabei traten Schmerzen auf, sodass ein Arzt zu Rate gezogen wurde, der eine Senkung feststellte, Tropfen und Pinselungen verordnete. Wechselndes Befinden bis 1. Oktober, wo wieder eine starke Blutung eintrat; am 2. X. gingen klumpige, fetzige Massen dabei ab. Arzt verordnete wieder Tropfen, worauf Blutung und Schmerzen nachliessen. — Aeusserer Befund: Fundus 3 querfingerbreit über dem Nagel, rechts Rücken, links kleine Teile; Kopf über dem Becken, ballotiert. Vulva klafft.

Innerer Befund: Vagina stark aufgelockert. Am oberen Ende fühlt man einen fast gänseeigrossen, höckrigen, von der hinteren und einem Teile der vorderen Muttermundslippe ausgehenden Tumor. Er ist an seiner Oberfläche etwas bröcklig und geht mit wallartigem Rande auf die Portio über. Im linken Vaginalgewölbe gegen die Beckenwand sind zahlreiche Knötchen zu fühlen. Die rechte Seite der Portio ist frei. Die Innenfläche des Cervicalkanals ist mit intakter Schleimhaut bedeckt. Aeusserer Muttermund für 1 Finger durchgängig. Im linken Parametrium Verdickung, gegen die Beckenwand zu abnehmend. Portio lässt sich nach rechts daher nicht dislocieren. Der Versuch ist schmerzhaft.

Diagnose: Cancroide Papillargeschwulst der Portio.

Behandlung: Zunächst Ausspülungen, Bettruhe.

19. X. Untersuchung in Chloroformnarkose: Die Geschwulst geht von der vorderen Muttermundslippe aus, ist apfelgross, umgreifbar und auf Gebärmutter beschränkt.

Schwangerschaft in 28. Woche. — Temperatur normal.

28. X. Heisse Ausspülung, Wohlbefinden.

29. X. Heisse Ausspülung. Nachmittags 3 Uhr Wehenbeginn. $^{1}/_{2}$6 h Nm. werden die Wehen deutlich, $^{1}/_{2}$—$^{3}/_{4}$ Min. Dauer, 3—4 Min. Pause. Cervicalkanal ist geöffnet, innerer Muttermund für 1 Finger durchgängig; Blase nicht vorgewölbt. Temperatur steigend. 7 h Nm. Abtragung des Carcinoms mittels Paguelin in tiefer Chloroformnarkose; dabei tritt sehr starke Blutung ein. Dauer $^{3}/_{4}$ Std. Es wird tamponiert und die Frau nach dem Kreissaal verlegt. 8 h Nm. Blasensprung.

30. X. Selten schwache Wehen. Muttermund sehr wenig nachgiebig, die Erweiterung erfolgt durch Einreissen. Es wird ein Metreurynter eingelegt am 1. XI. 3 h Nm., nachdem 1 h Nm. ein warmes Bad genommen war. 3^{40} h erfolgt unter guten Wehen die Ausstossung des Metreurynters, dem der Kopf sofort folgt, der mit der nächsten Wehe geboren wird; Kind folgt sofort. Das Kind ist asphyktisch, †, 1550 gr. — Geburtsdauer 71 Std. 45 Min. Das Wochenbett verläuft normal.

Am 30. XI. Totalexstirpation per Vaginam.

21. XII. Entlassung.

16. No. 19. 1899. 19. I. Elisabeth Bösl, 32 Jahre. Familienanamnese ohne Belang. I. Menses mit 17 Jahren, regelmässig, ohne Beschwerden, wechselnd an Stärke. Bisher 10 normale Entbindungen und Wochenbetten. Letzte Menses Anfang Juli 1898. Danach traten leichte, unregelmässige Blutungen ein, sodass eine Schwangerschaft nicht vermutet wurde. Im August wurde eine Blutung so stark, dass ein Arzt geholt wurde. Seit 4 Wochen besteht stark riechender, wässriger Ausfluss mit geringer Blutbeimischung, aber auch in den letzten 5 Monaten trat zur Zeit der Menses solcher auf. Es bestehen nur geringe Kreuzschmerzen, Druckgefühl im Leibe.

Aeusserer Befund: Zarte, blasse, kachektisch aussehende, mittelgrosse Blondine. Die gut entwickelten Brüste entleeren auf Druck kein Colostrum. Fundus 3 querfingerbreit unterhalb des Nabels. Herztöne nicht hörbar. Am Uterus nichts Deutliches zu fühlen.

Innere Untersuchung: An Stelle der Portio knollige, höckrige Massen, vielfach zerklüftet und besonders rechts stark entwickelt. Links der glattwandige, für 2 Finger durchgängige Cervicalkanal. Der innere Muttermund ist dehnbar, bis der Finger passieren kann. An der verdickten Wand der Portio direkt unter dem Epithel rechts und links je ein walnussgrosser Knoten, im linken Parametrium ein dicker, bis zur Beckenwand reichender Strang zu fühlen.

Diagnose: Schwangerschaft; cancroide Papillargeschwulst der Portio.

Behandlung: Einstündlich Spülungen mit Lysol, Kal. permanganii; Oxycyanid. — Temperatur normal.

23. I. $11^3/_4$ h a. m. wird Metreurynter eingelegt. Mässige Wehen bis Mitternacht, die gegen Morgen aufhören.

24 I. Wehen unbedeutend. Abends werden 2 Spritzen nachgefüllt. Innerer Muttermund auf 3—4 cm erweitert. Wehen bleiben schwach.

25. I. Abermals Nachfüllung des Metreurynters. Muttermund 5 cm, nachdem Nachmittag gute Wehen eingetreten. Entfernung des Metreurynters. Eispitze gelöst, wölbt sich vor. Abends 6 h werden 250,0 gr Lysollösung zwischen Uteruswand und Eihäute eingespritzt. Sofort treten kräftige Wehen ein. Innerhalb $1^1/_2$ Stunden wird das Kind in Kopflage innerhalb der Eihäute geboren, 22 cm lang, 1220 gr, ohne sichere Lebenszeichen. In der Nachgeburtsperiode $^1/_4$ Std. lang Schüttelfrost. Temp. 41, Puls 160, später Temp. 40^8, Puls 130. Gleich nachher tritt eine starke Blutung ein, daher wird Placenta exprimiert. 0,5 Chinin, 2 Campherspritzen, Temp. 38^8, Puls 120. 10 h Nm. Schweissausbruch, Blutabgang von stark jauchigem Geruch.

In den nächsten Tagen ist das Befinden gut, Temperatur schwankt zwischen 37^6 und 39. Täglich Spülungen. Zeitweise treten Schmerzen auf, die auf Eisblase nachlassen.

8. II. Excochleation des Carcinoms, danach dauernd übelriechender Ausfluss.

13. II. tritt nochmals Schüttelfrost ein, Ausfluss weiter übelriechend.

21. II. verlässt die Frau auf eigenen Wunsch die Klinik.

17. No. 275. 1899. 2. X. Marie Hartl, 35 Jahre alt. Familienanamnese ohne Belang. Bisher 8 Geburten, die normal verliefen.

Vor einem Vierteljahr (Juni) erfolgte eine Fehlgeburt mit 4 Monaten. Seitdem soll blutig-wässriger Ausfluss und Schmerzen im Kreuz, Verstopfung bestehen.

Innerer Befund: Descensus vaginae. Gleich hinter dem Introitus stösst der Finger auf einen knolligen, zerklüfteten Tumor von Hühnereigrösse, von der vorderen Muttermundlippe ausgehend und mit der vorderen Scheidenwand zusammenhängend. Auch die hintere Lippe ist verdickt, verlängert, zerklüftet und mit der hinteren Vaginalwand fest zusammenhängend. Zwischen beiden Lippen hindurch gelangt man in eine 2 Finger breite, zerklüftete Höhle. Der Uterus ist anteflektiert, unbeweglich im Tumor eingekeilt. Der Tumor sondert stark jauchiges, bröckliges Sekret ab.

Diagnose: Carcinoma cervicis.

Am 5. X. Excochleation, Alkohol-Tampons. Später Jodkali-Tampons.

Am 12. X. gebessert entlassen.

18. No. 285. 1899. 14. X. Viktoria Klotz, 36 Jahre alt. Familienanamnese ohne Belang. I. Menses mit 16 Jahren regelmässig,

8 Tage dauernd, stark. Bisher 9 normale Geburten und Wochenbetten. Letzte Menses 1. VI. 99. Vor 4 Wochen Fehlgeburt von $3^1/_2$ Monat. Sie hat sich auf ärztlichen Rat in die Klinik begeben, da sie einen Krebs des Muttermundes habe. Beschwerden hat sie keine; nur ist das Wasserlassen etwas erschwert, zeitweise unmöglich.

Innerer Befund: Prolapsus uteri incomplet, inversiv c. prolaps., Cysto- und Rectocele. Ausgedehntes Geschwür der Portio. Probeexcision. (Mikroskop. Diagnose: Plattenepithelcarcinom der Portio.) Die Muttermundslippen sind wulstig aufgeworfen, sehr derb anzufühlen, mit Ulcerationen bedeckt. Cervicalkanal für 2 Finger durchgängig. Parametrien frei.

17. X. Totalexstirpation per vaginam.

6. XI. entlassen.

19. Nr. 194. 1900. 14. VII. Maria Winzinger, 35 Jahre. Familienanamnese ohne Belang. I. Menses mit 14 Jahren, regelmässig, stark, ohne Beschwerden. Bisher 4 normale Geburten. Die letzte fand vor $2^1/_2$ Monaten statt, ohne Komplikationen. Seit länger als einem Jahre aber besteht bald wässriger, bald blutiger oder fleischwasserähnlicher, stark übelriechender Ausfluss, ohne Schmerzen.

Innerer Befund: Von der vorderen Muttermundslippe geht eine pilzförmige, teils derbe, teils bröcklig zerfallende Blumenkohlgeschwulst aus. Auch die hintere Lippe ist etwas derb und leicht höckrig. Die Vaginalwände sind frei, die Cervix zum Teil schon ergriffen.

Mikroskopischer Befund: Die verdickte Uteruswand durchsetzt von klein alveolären Wucherungen; atypische Cylinderepithelzellen; die Umgebung vielfach kleinzellig infiltriert.

Diagnose: Altes Drüsencarcinom der Cervix.

Es wird Totalexstirpation gemacht (per vaginam).

20. No. 301. 1900. 24. IX. Marie Neumann, 37 Jahre alt. Familienanamnese ohne Belang. I. Menses mit 14 Jahren, stets regelmässig schwach. Bisher 15 normale Entbindungen mit guten Wochenbetten. Vor 8 Wochen trat eine Fehlgeburt von 3 Monaten ein. Seitdem sind alle 8 Tage starke Blutungen mit häufig gestocktem Blute aufgetreten.

Innerer Befund: Muttermund beiderseits tief eingerissen; die hintere Lippe ist verdickt, weist knollige Höcker auf, die auf das hintere Vaginalgewölbe übergreifen. Das Korpus ist beweglich, der Cervicalkanal für 1 Finger durchgängig glatt; oben im Kanal fühlt der Finger einen höckrigen Tumor. Parametrium rechts verdickt, kranzförmig.

Mikroskopische Diagnose: Altes alveoläres Carcinom der Cervix.

9. X. Operation: Abtragung der hinteren Lippe mittels Paguelin.

Es tritt Perforationsperitonitis ein, am 11. X. Exitus.

Sektionsbefund: Aeusser Muttermund nach links von unregelmässiger Gestalt; hintere Muttermundslippe abgetragen; graurötliches Gewebe; Uterus stark gerötet, aufgelockert, hochgradig verdickt. Fundus zeigt kleine Warzen und Hervorragungen; im übrigen ist die Mukosa blassrosa. Eitrige Peritonitis.

21. No. 272. 1900. 11. XI. Radigundis Biedenbach, 43 Jahre alt. Ihr Vater starb an Lippenkrebs, die Mutter an Unterleibsleiden. I. Menses mit 18 Jahren, regelmässig und ohne Beschwerden bis ins 43. Jahr. Bisher 4 spontane Geburten mit normalen Wochenbetten, deren letzte vor 8 Jahren stattfand. Beschwerden bestehen in Unterleibs- und Kreuzschmerzen, dabei weissen, öfters blutigen Ausfluss.

Die Untersuchung ergibt: Schwangerschaft im 7.—8. Monat. Die innere Untersuchung: Descensus vaginae, geringer, bräunlicher Ausfluss. Muttermund vielfach eingerissen, Muttermundslippen verdickt, knollig, hart infiltriert. Cervixkanal für 1 Finger durchgängig, überall mit knolligen Massen ausgefüllt; die Wände sind stark infiltriert. Rechtes Parametrium ist bis an die Beckenwand stark infiltriert, links kleiner harter Tumor zu fühlen (Ovarium? oder Drüse). Auch die Douglasfalten sind starr anzufühlen. Bröcklige Massen und Blut gehen nach der Untersuchung ab. Die Beweglichkeit des Uterus ist allseitig gemindert.

Diagnose: Cervixcarcinom.

Am 14. XI. wird das Carcinom excochleiert, Metreurynter eingeführt. In der Nacht vom 15. zum 16. XI. Schüttelfrost. Tem. 39^9, Puls 112, später 38^9, Puls 116.

16. XI. Nachm. $^1/_2 7$ h wird der Metreurynter geboren, nach 10 Minuten eine 30 cm lange, übelriechende, macerierte Frucht. 10 h Abends tritt Erbrechen ein. Puls 150, Temp. 35^6. Campherinjektion.

17. XI. 7 h früh kommt die Placenta, stark riechend; der Leib ist aufgetrieben, die Atmung keuchend. 1^{10} h Nm. Exitus.

Sektionsbefund: Perforationsperitonitis nach Excochleation wegen carcinoma cervicis uteri; kleine Carcinom-Metastase der rechten Lunge.

22. No. 282. 1900. 25. XI. Maria Falter, 39 Jahre alt. Familienanamnese ohne Belang. I. Menses mit 13 Jahren, 3—4 Tage, regelmässig bis August des Jahres. 10 Geburten, normal, ebenso die Wochenbetten, 3 Fehlgeburten. Seit August des Jahres blieb die Regel 6 Wochen weg, dann traten unregelmässige Blutungen auf. Jetzige Beschwerden: Weisser Ausfluss.

Aeusserer Befund: Die Brüste entleeren auf Druck Colostrum. Der Fundus steht 2 fingerbreit unterhalb des Nabels. Herztöne zu hören: 125. Inguinaldrüsen beiderseits geschwollen.

Innerer Befund: Dicht hinter dem Interoitus findet sich ein höckriger mannsfaustgrosser Tumor, von der vorderen Muttermundslippe ausgehend. Auch die hintere Lippe ist verdickt. Der Muttermund ist mehrfach eingerissen. Die hintere Vaginalwand ist mässig ergriffen, die vordere frei. Der Uterus ist frei beweglich. Das Parametrium ist links hinten schon infiltriert.

Diagnose: Schwangerschaft, cancroide Papillargeschwulst der Portio.

Am 28. IX. erfolgt der vaginale Kaiserschnitt mit nachfolgender Totalexstirpation.

Am 24. XII. Entlassung.

Entlassungsbefund: Narbe und Vaginalrohr links etwas verdickt. Verdacht auf Recidiv.

23. No. 171. 1901. 23. VIII. Luise Peters, 40 Jahre alt. Familenanamnese ohne Belang. I. Menses mit 16 Jahren, 8—10 Tage, regelmässig, nicht schmerzhaft. Bisher 7 normale Geburten und Wochenbetten, letzte 1899.

Am 5. VIII. traten schwere Blutungen auf, und am 17. VIII. eine Fehlgeburt.

Innerer Befund: Muttermundslippen deutlich verdickt und erodiert, links tief eingerissen, Retroflexio uteri III. non fixata.

Mikroskopischer Befund: Beginnendes Drüsencarcinom.

Am 29. VIII. erfolgt Totalexstirpation per vaginam.

Entlassungsbefund: Gute, feste Narbe ohne Anzeichen von Recidiven.

24. No. 256. 1901. 5. XII. Rosa Seipold, 34 Jahre. Familienanamnese ohne Belang. I. Menses mit 13 Jahren, ohne Besonderheiten. Bisher 9 Geburten, dabei ein totgeborenes Kind. Vor 2 Monaten fand die letzte Entbindung statt, die ohne Komplikationen verlief. Vom 3. Monate der Schwangerschaft an aber bestanden andauernd Blutungen, die auch jetzt noch anhalten! Dazu starke Kreuzschmerzen, seit der Entbindung incontinentia urinae.

Innerer Befund: Retroversiv II. Gr. Der Cervicalabschnitt des Uterus ist nach dem Kreuzbein zu offenbar durch vordringende Carcinom-Massen fixiert. Das obere Viertel der Vagina und der Portio ist in ein derbes, leicht blutendes Blumenkohlgewächs verändert.

Diagnose: Carcinom der Portio, des Cervix und oberen Vagina.

Es wird Excochleation gemacht.

Am 15. XII. wird die Frau ohne innere Untersuchung entlassen. Es bestand nur geringer, seröser Ausfluss.

25. No. 309a. 1902. 4. IV. Therese Maier, 34 Jahre alt. Nähere Anamnese fehlt. Frühgeburt 7. Monat. 5. Geburt. Seit April 1901 hatte die Frau Blutungen, die im November so stark wurden, dass ein Arzt zugezogen wurde. Dieser scheint sie der chirurgischen Klinik überwiesen zu haben, wo sie angeblich am 10. XII. operiert wurde. Die Geschwulst habe nicht ganz entfernt werden können. Seitdem bestände blutig-wässriger Ausfluss, der durch heisse Lysollösungen behandelt wurde. Ende Februar spürte die Frau Bewegungen, glaubte aber selbst nicht an eine Schwangerschaft, zumal der behandelnde Arzt auch eine solche für nicht vorliegend erklärte. Die Bewegungen spürte sie aber bis zum 30. III. 02, wo Vormittags plötzlich Wehen eintraten. Nachmittags soll eine trübe, gelbe Flüssigkeit abgeflossen sein, dazu Blutgerinnsel und grauweisse Fetzen. Am 4. IV. 02 3 h früh wurde zuhause ein maceriertes 7monatl. Kind von 1090 gr spontan geboren; worauf die Frau nach der Frauenklinik geschafft wurde; dort erfolgte die Geburt der Placenta. Die Eihäute fehlten vollständig.

4. IV. Lochien stark stinkend.

10. IV. wird die Frau entlassen, da operative Behandlung des Carcinoms unmöglich.

Irgendwelche Befundangabe fehlt vollständig.

Auszug aus der Krankengeschichte der Therese Maier aus dem Journal der gynäkologischen Abteilung der Kgl. chirurgischen Klinik München.

Aufgenommen 19. XI. 01. Entlassen 9. XII. 01.

Vier normale Entbindungen bisher.

Seit April 01 leichte Blutungen, die seit 8 Wochen sehr stark geworden sind; zugleich merkliche Abmagerung.

Innerer Befund: Vagina weit, glatt, Portio in einen zirka 5-Markstück grossen, ziemlich derben, höckrigen, blumenkohlartigen, am äusseren Muttermund stark zerklüfteten, speziell hinten rechts tief eingerissenen Tumor verwandelt, der leicht beweglich ist. Uterus stark vergrössert, ca. mannsfaustgross, frei beweglich, anteflektiert, etwas druckempfindlich. Das linke Parametrium ist frei, das rechte an der Basis etwas infiltriert. Die Infiltration geht speziell auch auf das rechte Ligamentum sacro-uterin. und das rechte vordere Scheidengewölbe über.

Operation 26. XI. in Aethernarkose: Abkratzung der carcinomatösen Portio, Thermokauterisation.

9. XII. Entlassung: Geringer, trüber, seröser Ausfluss, Wundhöhle mit Schorf bedeckt. Die Reste der Portio bilden einen starren Ring. Keine Blutung.

26. No. 205. 1903. 17. VIII. Notburga Zink, 29 Jahre alt. Familienanamnese ohne Belang. I. Menses mit 13 Jahren, regelmässig, ohne Beschwerden. Die letzte Regel 1. XII. 1902. Bisher 7 normale Entbindungen und Wochenbetten, eine Fehlgeburt. Befunde fehlen.

Diagnose: Schwangerschaft, Carcinoma cervicis.

Im Geburtsjournal fehlt die Krankengeschichte wie die von No. 213 im Jahre 1884 vollständig.

Aus den Notizen der fragmentarischen Krankengeschichte im gynäkologischen Journale geht noch hervor, dass die vaginale Sectio caesarea mit anschliessender Totalexstirpation gemacht wurde. Operationsbericht fehlt auch. In den Tagen bis zum 24. VIII. ist nichts Wesentliches vermerkt. Am 24. VIII. bricht die Krankengeschichte plötzlich ab, desgleichen die eingeklebte Temperaturkurve.

27. No. 216. 1903. 2. IX. Walburga Gleisl, 36 Jahre alt. Familienanamnese ohne Belang. I. Menses mit 19 Jahren, regelmässig, ohne Beschwerden. Letzte Anfang 1903. Bisher 7 Geburten. 6 davon normal. Vor 14 Tagen eine Frühgeburt 7. Monats. Während der ganzen Zeit der Schwangerschaft hatte die Frau angeblich Schmerzen im Unterleib, die in die Oberschenkel ausstrahlten.

Innerer Befund: Die Portio ist eine hühnereigrosse Kraterhöhle mit zerklüfteten, rauhen Wandungen verwandelt. Es ist nur noch ein schmaler Saum übrig geblieben. Parametrium ist stark infiltriert, sodass Portio und der aufrecht stehende Uteruskörper fest fixiert sind.

Diagnose: Carcinoma cervicis.

Behandlung: Excochleation.

14. IX. wird die Frau entlassen.

28. No. 266. 1903. 28. X. Therese Herrmann, 27 Jahre alt. Familienanamnese ohne Belang. Sie selbst litt an Bleichsucht. I. Menses mit 14 Jahren, regelmässig, 4—5 Tage, mässig reichlich. Bisher 4 Geburten. Die letzte erfolgte am 28. September d. Jahres. Auf Rat des die Geburt behandelnden Arztes, der die Wendung machte, begab sich die Frau in die hiesige Klinik, um eine Operation vornehmen zu lassen. Es sind weder Blutungen noch Schmerzen vorhanden.

Innerer Befund: Die Portio, namentlich die vordere Lippe, ist in einen höckrigen, furchigen Tumor verwandelt. Der äussere Muttermund ist für einen Finger durchgängig bis zu $^1/_2$ Fingerglied Tiefe. Durch die Schleimhaut des vorderen Vaginalgewölbes ist ein bohnengrosser Knoten fühlbar. Der Uterus ist mässig vergrössert, nirgends fixiert.

Mikroskopischer Befund: Plattenepithelcarcinom.

Am 11. XI. erfolgt vaginale Totalexstirpation. Am 21. XII. erfolgt die Entlassung.

Am 10. VI. 04 kommt die Frau mit Recidiv wieder zur Behandlung. Excochleation, gebessert entlassen.

Am 22. VIII. kommt sie abermals mit neuem Recidiv, dazu Vesico-Recto-Vaginalfistel.

25. VIII. Exitus.

29. No. 9 u. 155. Geb.-Journ. No. 641. 1904. 10. I. Marie Bösl, 37 Jahre alt. Familienanamnese ohne Belang. I. Menses mit 14 Jahren, regelmässig, stark. Bisher 9 normale Geburten, bei einer war die Placenta adharent, bei der 11. und letzten Frühgeburt (angeblich nach Fall). Letzte Regel 22. bis 26. XI. 1903. Nach 3 Tagen neue Blutung, nach weiteren 3 Wochen abermals. 1. I. bis 6. I. gehen täglich Blut und Fetzen ab.

Innerer Befund: Uterus mässig vergrössert, die Portio ist in einen apfelgrossen, derben, höckrigen, leicht blutenden Tumor verwandelt. Hauptsächlich die hintere Lippe ist ergriffen. Rechts hinten im Parametrium fühlt man einen harten Strang, nach der hinteren Beckenwand ziehend, durch den der Uterus fixiert wird.

Diagnose: Inoperable cancroide Papillargeschwulst der Portio.

13. I. Excochleation des Carcinoms.

23. I. Entlassen.

Die Vergrösserung des Uterus wurde als von dem Carcinom herrührend angenommen, während in der Tat schon eine 12. Schwangerschaft vorlag. Denn am 14. VIII. befindet sich die Frau als Gebärende in der Klinik. Die Ränder der Portio bildet ein daumdickes, zerklüftetes, cyrrhöses Carcinom; die Geschwulst ist mit der Umgebung fest verbunden und kaum beweglich. Der Cervikalkanal ist für 2 Finger durchgängig, sehr schmerzhaft. II. Schädellage.

Cervix und Vagina werden mit Jodoformgaze tamponiert. Temperatur ist normal, die Wehen treten alle 5 Minuten auf, Abends alle 10—15 Minuten.

16. VIII. früh 8 Uhr werden die Tampons entfernt. Cervix ist nicht erweitert. Daher im Interesse von Mutter und Kind die Sectio caesarea 10 h a. m. gemacht wird. Es wird ein lebendes, kräftiges Kind von 3550 gr gebracht. Porro-Amputat. nebst Adnexen. Puls 120—150.

17. VIII. Temp. 37^{6}, Meteorismus, Puls klein, aussetzend. Urin-Sekretion vermindert. Kampher-Injektionen.

18. VIII. früh $^{1}/_{2}5$ h Exitus.

30. No. 152. 1904. 11. VIII. Viktoria Wildgruber, 34 Jahre alt. Familienanamnese ohne Belang. Als Kind hatte sie Rachitis. I. Menses mit 15 Jahren, regelmässig, 3 Tage lang, ohne Be-

schwerden. Bisher 10 normale Geburten. Die 11. Geburt, die vor 4 Monaten stattfand, war eine Frühgeburt. Seit dem Tage der Frühgeburt besteht steter Blutabgang, der seit dem 7. VIII. sehr heftig geworden ist; dabei erhebliche Schwächezustände.

Innerer Befund: Die hintere Muttermundslippe ist ulcerös zerfallen, der Uterus gut beweglich, etwas derb, leicht vergrössert; die Parametrien sind frei.

13. VIII. Vaginale Totalexstirpation.

27. VIII. Geheilt entlassen.

31. No. 112. 1905. 22. V. Maria Hausinger, 36 Jahre alt. Familienanamnese ohne Belang. I. Menses mit 18 Jahren, regelmässig, 3—4 Tage, oft ziemlich stark. 9 normale Geburten bisher, keine Fehlgeburt. Am 16. IX. 04 wurde hier ein auf die hintere Muttermundslippe beschränktes Cancroid festgestellt. Eine Operation aber lehnte die Frau damals ab. Während der damals schon bestehenden Schwangerschaft hatte sie in Zwischenräumen von mehreren Wochen Blutungen, die sie seinerzeit wohl in die Klinik geführt hatten, und die 8 Tage vor der im Februar 1905 erfolgten Entbindung besonders heftig waren. Die Entbindung fand hier in der Hebammenschule spontan statt, nachdem vorher die hauptsächlich befallene hintere Lippe abgetragen worden war. Vor 8 Tagen stellte die Frau sich in der Hebammenschule wieder vor, danach stellten sich wieder heftige Blutungen ein, die mit heissen Lysolausspülungen behandelt wurden.

Innerer Befund: Vagina weit, glatt; an der hinteren Wand ist ein walnussgrosser, derber Knoten (Fibrom) zu fühlen. Der Muttermund ist klaffend, beide Lippen sind höckrig, von der Cervix, in der Höhe des inneren Muttermundes ein derber Strang nach der rechten Beckenwand zu ziehend. Im Douglas fühlt man strangförmige Infiltrate. Der Uterus ist leicht vergrössert.

Mikroskopische Diagnose: Plattenepithelcarcinom der Cervix.

24. V. Excochleation, Thermokauterisation.

10. VI. Auf Wunsch entlassen.

Am 10. VII. stellt sich die Frau wieder vor. Es besteht starker Ausfluss, der Muttermund ist wieder von brüchigen Höckern umgeben. Die Infiltrate, besonders im hinteren Parametrium, sind bedeutend stärker.

Aetzung mit Lign. Ferri, Jodoformgaze-Tamponade.

32. No. 1011. 1906. 27. X. Berta Hintermair, 28 Jahre. Familienanamnese ohne Belang. Mit 14 Jahren Typhlitis. I. Menses mit 15 Jahren. Bisher 4 Geburten, spontan. Seit der letzten Geburt hat die Frau Unterleibsbeschwerden; seit Ostern gehen

nach dem Coitus Blut und Fetzen ab. Vor 3 Wochen, vor 2 Tagen, und in letzter Nacht starke Blutung.

Innerer Befund: 3 cm hinter dem Introitus befindet sich bohnengrosser, derber Knoten. Die vordere Muttermundslippe ist beträchtlich verdickt, vielfach ulceriert. Am Rande befinden sich einige erbsengrosse Knoten. Die hintere Muttermundslippe ist gleichfalls ergriffen, sodass der Muttermund von einem daumendicken, breiten Wulst umgeben ist; nur links ist er $^1/_2$ cm breit. Parametrium links scheinbar ergriffen. Rektalbefund: Links geht die Neubildung bis hart an die Beckenwand.

Die Untersuchung in Narkose: Rechts frei, links erkrankt, aber geringen Grades.

27. X. 3 h Nm. Zeitweise treten leise Wehen auf.

In Narkose gründliche Excochleation und Verschorfung. Da der Ring so hart erscheint, dass spontane Erweiterung unmöglich ist, wird Colpotomia anterior gemacht, Ablösung der Blase, Spaltung der vorderen Uteruswandung, Wendung und Extraktion eines leicht asphyktischen, aber bald schreienden Kindes, 2300 gr. † 29. X. (Cuveuse). Anschliessend Totalexstirpation, vaginale Naht, Drainage mit Jodoformgaze Temp. 38^1, Puls 152.

28. X. Zeitweises Erbrechen, bei Katheterisierung kein Urin, Einlage eines Dauerkatheters. (Ureteren ligiert?) Abdomen nicht empfindlich, weich, Puls wechselnd.

29. X. Temp. 39—39^8, etwas Urin. Tamponade. Die Ligaturen werden entfernt, worauf Urin abfliesst. Der obere Teil der Tamponade roch nach Urin. Meteorismus, Druckempfindlichkeit.

30. X. Exitus. Sektion verweigert.

33. No. 1062. Geb.-J. 1906. 9. XI. Marie Gerner, 39 Jahre alt. Familienanamnese ohne Belang. I. Menses mit 12 Jahren. Bisher 8 normale Entbindungen. Letzte Menses Mitte Februar. Zeit des Wehenanfang 9. XI. 12 h a. m. II. Schädellage.

Innere Untersuchung 9. XI. 7^{30} h Nm. ergibt: Die Blase ist gleich 3 querfingerbreit hinter dem Introitus prallgefüllt, handtellergross fühlbar. Die vordere Muttermundslippe sehr gedehnt, 6 cm lang, derb, höckrig, z. T. zerklüftet. Die hintere ist nicht zu erreichen, nur ein derber Saum ist zu fühlen. Spülung.

7^{45} h wird unter heftigen Presswehen ein kräftiger Knabe von 3800 gr geboren. Die Placenta 45 Min. später. Beim Durchschneiden des Kopfes wird ein walnussgrosses Stück des Carcinoms abgequetscht.

Nachbehandlung: Kal. permangan.-Spülungen wegen stark riechender Lochien.

15. XI. Entlassung. Ohne Schmerzen. Lochien weisslich-serös, nicht mehr übelriechend.

27. IV. 07 stellt sich die Frau wieder vor.

Therapie: Excochleation.

18. VI. Entlassung. Status: Gänseeigrosser, jauchiger Krater. Vagina, Parametr. infiltriert.

34. No. 166. 1907. 9. VII. Marie Mötlbauer, 36 Jahre alt. Familienanamese ohne Belang. I. Menses mit 16 Jahren, regelmässig, 3—4 Tage, mässig stark, ohne Beschwerden. 11 spontane Entbindungen, die letzte am 19. I. 1907. Seitdem besteht brauner Ausfluss und Schmerzen bei den Menses, die früher fehlten.

Innerer Befund: Die vordere Muttermundslippe ist verdickt, zerklüftet, in der Mitte gespalten; die hintere Muttermundslippe ist ebenfalls, aber wenig verändert. Uterus anteflektiert, nicht vergrössert, nicht druckempfindlich.

Diagnose: Cervixcarcinom.

13. VII. Excochleation, Totalexstirpation.

4. VIII. wird die Frau auf Wunsch mit unverdächtigen Narben entlassen.

35. No. 98. 1908. 14. III. Anna Thalhofer, 39 Jahre alt. Familienanamnese ohne Belang. I. Menses mit 14 Jahren, regelmässig. Bisher 14 spontane Geburten, davon 1 mal Zwillingsgeburt. Letzte Menses Juli 1907. Seit August 1907 sind unregelmässige Blutungen aufgetreten. Die Portio zeigt bei der Spekulumuntersuchung einen Defekt mit scharfen Rändern.

Diagnose: Carcinom der Portio, Gravidität 10. Monat.

16. III. Laparatomie und Totalexstirpation nach Wertheim, Sectio caesarea. Nach Durchbohrung der Placenta, auf die der Uterusschnitt trifft, Extraktion eines lebenden Kindes an den Füssen. Gewichtsangabe fehlt.

20. III. Aufgestanden.

28. III. Entlassung.

Bisher kein Recidiv.

36. No. 410. 1908. 27. X. Maria Roith, 38 Jahre alt. Familienanamnese ohne Belang. I. Menses mit 18 Jahren; setzte dann bis zum 19. Jahre aus; dann wurden sie regelmässig. Bisher 13 Geburten, 3 Fehlgeburten. Letzte Menses 22. XII. 1907. Seit dem 5. Monate hatte die Frau Schmerzen im Unterleibe und Kreuze, sowie Ausfluss. Der Arzt verordnete Lysoformspülungen, die Erleichterung brachten. Am 29. IX., also vor 4 Wochen, fand eine spontane Entbindung statt, angeblich 3 Wochen zu früh. — Seitdem sind die Schmerzen beim Liegen und Sitzen stärker, als beim Gehen.

Innerer Befund: An der vorderen Scheidenwand sind einige Knoten zu fühlen, anscheinend Metastasen. Die Portio

ist stark verdickt, weist knollige Gebilde auf; der Muttermund ist für 1 Finger durchgängig.

Diagnose: Carcinom der Cervix.

31. X. Laparatomie, Totalexstirpation nach Wertheim. Es müssen zurückgelassen werden carcinomkranke Teile des Parametriums und der Blase.

18. XI. Entlassen.

Frau hat sich am 3. V. 09 wieder vorgestellt: Hintere und vordere Vaginalwand infiltriert. Geschwulst gänzlich unverschieblich.

37. No. 269. 1908. 13. VII. Therese Eichner, 35 Jahre alt. Familienanamnese ohne Belang. I. Menses mit 15 Jahren, regelmässig, ohne Beschwerden. Bisher 5 Geburten. Letzte Menses Anfang September 1907. Mitte Januar 1908 findet Blutabgang statt, hinterher Ausfluss bräunlicher Flüssigkeit. Am 13. V. 08 fand die Entbindung von einem lebenden Kinde mittels Zange statt. 14 Tage später trat eine neue Blutung ein; der Arzt konstatierte einen Tumor der Muttermundslippen.

Innerer Befund: Die Portio ist für 2 Finger durchgängig, kraterförmig ausgehöhlt, leicht blutend, mit rauhen Rändern. Das Korpus ist wenig beweglich, anteflektiert. Parametrium links stark infiltriert, rechts frei.

Diagnose: Carcinoma cervicis.

15. VII. Laparatomie und Totalexstirpation nach Wertheim.

31. VII. Geheilt entlassen.

Bisher kein Recidiv.

38. 1908. 28. X. Babette Seifferth, 38 Jahre alt. Familienanamnese ohne Belang. I. Menses mit 14 Jahren, regelmässig. Letzte Menses 24. I. 08. 4 Monate nach Beginn der Gravidität trat eine 3 Tage dauernde Blutung ein. Der Arzt sandte die Frau in die Klinik, wo ein Carcinom festgestellt wurde. Der vorgeschlagenen Operation aber unterzog sich die Frau nicht, da ihr der betreffende Arzt sagte, „es könnte auch so wieder vergehen“.

Leider fehlt das Geburtsjournal und aus den im gynäkologischen Journale enthaltenen kurzen Notizen ist nur zu entnehmen, dass die Frau am 29. X. durch Sect. caes. entbunden, nach Wertheim operiert und dass ein lebendes Kind an den Füssen extrahiert wurde.

Drüsen wurden nicht gefunden.

Entlassen am 18. XII. 08 laut Vermerk in der Temperaturkurve.

Am 13. V. 09 stellt sich die Frau wieder vor. Per Rectum ist ein Recidiv im linken Parametrium nachweisbar. Die Frau hatte sich seit der Operation dauernd wohl gefühlt. Seit 3 Tagen kann sie kein Wasser lassen. Die Ureterenkatheteri-

sierung ergibt rechts nach 10 cm, links nach 5 cm ein unüberwindliches Hindernis.

Weiteres fehlt.

Am 17. V. wird die Frau ungeheilt entlassen.

39. Im Geburten-Hauptbuche 1884, II. Teil findet sich am 23. VII. unter No. 213 der Vermerk:

Susanna Kuntze: Carcinoma cervicis et vaginae, Schwangerschaft, am 14. VIII. zur gynäkologischen Station entlassen.

Die Krankengeschichten sind aus den betr. Journalen entfernt, bezw. fehlt das Journal ganz.

Die Krankengeschichten bestätigen die Feststellungen früherer Untersuchungen: Das Carcinom der Gebärmutter wächst im allgemeinen während der Schwangerschaft und im Puerperium rasch. Ein langsameres Wachstum findet sich eigentlich in keinem Falle vor. Die ersten Anzeichen des Krebses treten häufig bald nach Eintritt der Schwangerschaft auf, bestehend in Ausfluss, unregelmässigen Blutungen, auch beim Coitus, der zudem schmerzhaft sein kann, Schmerzen im Unterleibe, Kreuz, ausstrahlend in die Oberschenkel, während die Geschwulst bis dahin nicht bemerkt wurde, aber nach der Grösse der plötzlich einsetzenden Beschwerden schon vorhanden gewesen sein muss. Die Blutungen andererseits lassen die Frauen manchmal sich über ihren Zustand täuschen; trotzdem Kindsbewegungen gespürt werden, glaubt in Nr. 25 die Frau nicht an Schwangerschaft, zumal der beratende Arzt derselben Ansicht ist (obgleich eine einzige bimanuelle Untersuchung ihn belehrt hätte), und ist von der plötzlich einsetzenden Frühgeburt höchlichst überrascht. Aber auch genaue ärztliche Untersuchung lässt nicht immer bei vorhandenem Carcinom der Gebärmutter eine junge Schwangerschaft erkennen (No. 25 und 29), da die leichte Vergrösserung häufig bei Krebs zu finden ist, andererseits den infiltrierten Teilen die für Schwangerschaft sprechende Weichheit fehlt. — In allen Fällen ist die Portio oder die cervix uteri erkrankt (vergl. statist. Feststellung).

Der Einfluss auf Schwangerschaft und Geburt ist sehr mannigfaltig, je nach Sitz, Grösse, Stadium des Carcinoms. Ein an der Portio sitzender Tumor kann die Geburt verhältnismässig wenig behindern und spontan zu Ende gehen lassen, während (No. 1, 2) auch Geburtsunmöglichkeit und Uterusruptur die Folge des Sitzes an der Cervix und der starren Infiltration des Cervixgewebes sein kann. Es kann die Geburt sich in normalen Zeitgrenzen (No. 4) halten, andererseits ungemein ($126^1/_2$ Std. No. 5) in die Länge gezogen werden. Im allgemeinen findet naturgemäss infolge Rigidität des kranken Gewebes und Verengerung der Geburtswege, ferner durch mangelhafte und seltene Wehen eine bedeutende Verlängerung der Geburtsdauer statt. Aber selbst bei sehr weit fortgeschrittenem Krebs und grosser Starrheit des Gewebes kann, wie No. 5 zeigt, die Gebärmutter aus eigener Kraft, freilich unter schweren Qualen und enormer Gefahr für die Mutter, den Muttermund bis zur gänzlichen Erweiterung bringen. Gelegentlich kommt vorzeitiger Blasensprung vor. Derart ist Erschwerung der Geburt und damit erhebliche Gefahr für Mutter und Kind in fast allen Fällen, sowohl bei den in der Klinik beobachteten Entbindungen, als auch bei den ausserhalb erfolgten festzustellen. Bei diesen ist 4 mal, d. h. in 11 % der Geburten am normalen Ende der Schwangerschaft, Zange resp. Incision des Muttermundes gemacht worden, einmal die Wendung. Die Mutter geht bei insgesamt 39 Fällen 5 mal = 12,8 %, das Kind in 13 Fällen = 33 % verloren; und während nur 7 mal die Geburt spontan erfolgt, muss 13 mal Kunsthilfe angewendet werden.

Dass das Carcinom gelegentlich Fehlgeburt bewirkt, ist unzweifelhaft; häufiger scheinen Frühgeburten einzutreten. Aber in fast 50 % kommt die Schwangerschaft zum normalen Ende. In 2 Fällen (No. 25 und 29) wird sie selbst durch operativen Eingriff so energischer und reizender Art, wie Excochleation und Thermokauterisation nicht unterbrochen.

Recidive treten leider gerne auch nach ausgiebigen Totalexstirpationen ein, was bei dem raschen Vordringen

des Krebses in der Schwangerschaft und im Puerperium schliesslich nicht verwunderlich st, da mikroskopische Krebsherde dort sein können, wo das grobe Gefühl scheinbar gesundes Gewebe feststellt.

Ist es gleich ein düsteres Bild, das sich bei dem Lesen der Krankengeschichten entrollt, so versöhnt doch andererseits der Umstand, dass es ärztlicher Operationskunst gelingt, selbst diesem schweren und tückischen Leiden erfolgreich zu Leibe zu gehen (No. 35 und 37). Um so wichtiger erscheint es, dass möglichst in jedem Falle die Diagnose Gebärmutterkrebs so zeitig gestellt werde, dass die Operation mit sicherer Aussicht auf Dauerheilung vorgenommen werden kann. Auch in dieser Beziehung bieten die einzelnen Krankengeschichten recht verschiedene Bilder und geben zu denken (No. 12, 15, 18, 25, 28, 37, 38). In einzelnen Fällen werden unregelmässige Blutungen anscheinend ohne eingehende bimanuelle Untersuchung behandelt, bis das Carcinom inoperabel geworden ist. Im anderen Falle diagnostiziert der genau untersuchende Arzt im Anschlusse an eine Fehlgeburt ein beginnendes Carcinom, dessen eigentliche Natur erst durch Probeexcision und mikroskopische Untersuchung festgestellt werden muss. Hier dringt der Arzt auf Operation des rechtzeitig entdeckten Tumors, dort wird (wenigstens angeblich) von der voraussichtlich erfolgreichen Operation abgeraten, bis das Carcinom inoperabel ist, und nur mehr eine Palliativoperation auszuführen ist.

Es scheint, dass die Diagnose Carcinom manchmal nicht gestellt wird, weil „das Carcinom eine Krankheit hauptsächlich des höheren Lebensalters“ ist, während seine verhältnismässige Häufigkeit bei jüngeren Frauen nicht genügend bekannt ist. Wenn die Zahlen der Tabelle A lehren, dass fast ein volles Drittel sämtlicher an Gebärmutterkrebs leidenden Frauen jünger als 40 Jahre war, so muss das veranlassen, bei unregelmässigen Blutungen gerade jüngerer Frauen das Vorhandensein eines Carcinoms in den Bereich der Möglichkeiten zu ziehen. Da aber bei beginnendem Carcinom die digi-

tale Untersuchung leicht im Stiche lassen kann, eine spätere Diagnose auf Grund anderer Symptome aber bei dem raschen Wachstum der Geschwulst leicht schon Inoperabilität ergeben dürfte, so ist die Forderung aufzustellen, **„dass gerade bei jüngeren Frauen, zumal solchen, die gravid sind oder es sein könnten, in jedem Falle von plötzlich einsetzenden, spontanen, unregelmässigen Blutungen, oder da, wo Blutungen nach dem Coitus auftreten, nicht nur digitale, sondern auch Spiegeluntersuchung vorzunehmen ist,“** während ein blosses Verordnen von Medikamenten zur Stillung der Blutung ohne Untersuchung aber unstatthaft ist.

Es darf aber ferner der Umstand nicht ausser Acht gelassen werden, dass gerade in den niederen Volksschichten die Frauen bei Unregelmässigkeiten der Blutungen oder sonstigen Erkrankungen der Genitalorgane sich mit Vorliebe zunächst an die Hebamme wenden. Daher ist die weitere Forderung zu stellen, **„dass auch die Hebammen über die Häufigkeit des Gebärmutterkrebses bei jüngeren Frauen und die dabei auftretenden Erscheinungen in ausgiebigster Weise belehrt und zugleich veranlasst werden, nach Möglichkeit jeden verdächtigen Fall zur ärztlichen, eventuell gynäkologischen Untersuchung zu bringen“.**

Auch dem nicht operierenden praktischen Arzte ist somit reichlich die Möglichkeit gegeben, durch Aufklärung, frühzeitige Diagnose, rechtzeitige Ueberweisung zur Operation in erfolgreicher Weise an der Bekämpfung dieser schweren Erkrankung teilzunehmen.

Zum Schlusse spreche ich noch Herrn Oberarzt Dr. Seitz für die Anregung und Herrn Prof. Dr. Döderlein für die gütige Genehmigung zur Benützung des Materials der Kgl. Frauenklinik München meinen ganz ergebensten Dank aus.

Litteratur.

Cohnstein: Ueber die Komplik. d. Schwangerschaft u. Geburt mit Gebärmutterkrebs. Arch. f. Gynäkol. 1873, Bd. V.

Deppisch: Zum Verhalten des Arztes bei Kompl. von Schwangerschaft und Geburt mit carcinoma colli uteri. Münch. med. Wochenschrift 1898, No. 7.

Dührssen: Der vaginale Kaiserschnitt. Winkels Handbuch d. Geburtsh. 1906, Bd. III[1].

v. Fraugué: Demonstration z. Kompl. v. Carcinom u. vorgeschrittener Schwangerschaft. Geb.-gynäk. Gesellschaft. Wien, 6. VI. 1905. Diskussion Wertheim, Schauta. Refer. Zentralbl. f. G. 1906, No. V.

Freund: Ueber Carcinom u. Schwangerschaft. Münch. med. Wochenschrift 1905, No. 23.

Fromme: Die palliative Behandlung des inoperablen Carcinoms. Veits Handbuch d. Gynäk. 1908, Bd. III[2].

Glockner: Ueber Uteruscarcinom u. Gravidität. Ref. Z. f. Gynäk. 1902, No. 39.

Gräfe: Zur Frage der Dauerheilung nach Operation des Cervixcarcinoms in d. Schwangerschaft. Samml. zwangloser Abhandl. aus d. Geb. der Frauenheilkunde und Geburtshilfe 1907, Bd. III, H. 4.

Jödicke: Ein Fall v. Carcinoma portion. uteri u. Geburt. Dissert. Leipzig 1903.

Kaufmann: Ueber Uteruscarcinom b. Gravidität, Geburt u. Wochenbett etc. Dissert. Berlin 1897.

Lehmann: Gravidität u. Uteruscarcinom. Dissert. Halle a. S. 1905.

Olshausen: Carcinom d. Uterus u. Schwangerschaft. Z. f. Geb. u. Gyn. 1897, Bd. 37.

Sarwey: Uteruscarcinom u. Schwangerschaft. Veits Handb. d. Gyn. 1908, Bd. III[2].

Wertheim: Schwangerschaft und Geburt bei Uteruscarcinom. v. Winkels Handbuch d. Geburtshilfe 1904, Bd. II[1].

Lebenslauf.

Georg Friedrich August Frey. Jch wurde am 14. September 1872 als Sohn des Zimmermeisters August Frey zu Namslau i. Schl. und seiner Ehefrau Ida Frey, geb. Terpe, geboren, bin evangelischer Konfession, besuchte das Gymnasium zu Namslau, später das Johannisgymnasium zu Breslau, wo ich am 21. September 1892 das Abiturientenexamen machte. Nachdem ich ein Semester Jura studiert, wurde ich bei der medizinischen Fakultät inskribiert, studierte in Breslau, München, Greifswald und legte im Laufe des Wintersemesters 1898—99 die ärztliche Staatsprüfung ab. Dann praktizierte ich in Triftern (Niederbayern), Siegendorf (Schlesien) und, seit 1903 bis heute, in Breslau als prakt. Arzt. Nachdem ich nochmals, 1907—1909, in Breslau, München, Würzburg Zahnheilkunde studiert, legte ich im Oktober 1909 auch die zahnärztliche Staatsprüfung in Würzburg ab. Am 18. Oktober 1904 wurde ich zum Oberarzt d. L. ernannt.